

Où en sommes nous de la condition n°6 « Ne donner aux nourrissons aucun aliment, aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale » ?

Enquête menée au sein de la maternité du CHRU de Montpellier



Evelyne Duyen Mazurier

**Travail réalisé dans le cadre de la formation
« Pratique du consultant IBCLC et
préparation à l'examen international IBLCE »
CREFAM**

Sommaire

1 Introduction	2
2 Matériel et Méthode.....	4
3 Résultats.....	5
3.1 Les mères.....	5
3.2 Prévalence d'enfants ayant reçu un complément.....	5
3.3 Prescription et circonstances de l'administration de complément.....	6
3.4 Les indications médicales de complément	7
3.5 Modalités d'administration du complément.....	8
3.6 Données complémentaires : modalités d'alimentation à la sortie de la maternité parmi les mères ayant débuté un allaitement.....	8
3.7 Commentaires des mères	9
4 Discussion	11
5 Conclusion	16
6 Bibliographie	17
Annexe 1 : trame de l'entretien ouvert avec les mères	19
Annexe 2 : Indications de complément en maternité chez l'enfant allaité sain (9,10)	20
Annexe 3 : Proposition de conditions préalables à l'administration de complément ...	21
Remerciements.....	22

1 Introduction

Dans le contexte d'une démarche d'obtention du label Hôpital Ami des Bébé au sein du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Montpellier, cette étude a concerné la condition n°6 : « ne donner aux nourrissons aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale ». À ce jour, il n'existe aucun écrit régissant, à la maternité du CHRU de Montpellier, la prescription des compléments par les préparations pour nourrisson (PPN) lors d'un allaitement maternel. Ce travail a eu pour but d'étudier les pratiques d'administration des compléments chez le nouveau-né allaité à terme eutrophique et sain en maternité.

L'objectif principal était d'évaluer la prévalence d'enfants ayant reçu un complément pendant le séjour. Les objectifs secondaires étaient de déterminer le prescripteur, les circonstances, les indications, les modalités d'administration. Pour ce faire, a été réalisé lors de leur sortie, un audit auprès de 50 mères ayant débuté un allaitement.

La 6^e condition fait partie des 10 recommandations de la déclaration conjointe de l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF (1) pour favoriser le succès de l'Allaitement Maternel. De nombreux travaux ont démontré le bénéfice de cette recommandation dans le succès de l'allaitement maternel (2). L'administration de compléments sans indication médicale pendant le séjour en maternité est associée à un sevrage plus précoce (3, 4, 5, 6, 7).

Outre le sevrage plus précoce et donc la réduction de la durée d'allaitement, l'usage de compléments sans indication médicale en maternité peut avoir d'autres conséquences (8):

- diminution de la production de lait liée à la diminution de la fréquence des tétées au sein. Cette dernière peut interférer avec le système physiologique de régulation de « l'offre et la demande ».
- un risque accru d'engorgement au démarrage puis de stase pouvant être à l'origine d'une moindre efficacité de la tétée, d'une baisse de production, voire se compliquer d'une mastite,
- une interférence pour certains enfants avec l'apprentissage de la succion au sein et survenue d'une moindre efficacité de la tétée,
- d'un risque allergique possible,

- chez la mère la survenue d'une diminution de la confiance en sa capacité à allaiter, en particulier lorsque le complément est donné pour calmer les pleurs du bébé. Cela peut créer un précédent dont la mère va s'inspirer lorsqu'elle sera confrontée à cette même situation à domicile.

Selon les équipes et les études, l'utilisation de complément en maternité est très variable. Branger et al. trouvaient que 40 % des bébés allaités au sein avaient reçu un complément durant leur séjour en maternité (7). Les réelles indications médicales de compléments en maternité sont rares et ont été définies (9, annexe 2).

Ce travail est destiné à poser les bases d'une utilisation rationnelle du recours au complément de lait artificiel en maternité

L'enjeu est de taille : il s'agit d'amener une réflexion sur les représentations et entraîner une modification des pratiques des soignants concernant le complément par des préparations pour nourrisson.

2 Matériel et Méthode

2.1 Bilan de l'existant : à ce jour à la maternité du CHRU, il n'existe pas de procédure écrite régissant l'administration des préparations pour nourrisson (PPN) en complément : leurs indications, le type et les modalités d'administration. Une enquête interne révélait en 2005 que pour la majeure partie (80 %), les compléments par des PPN étaient administrés sans prescription médicale.

2.2 Lieu du déroulement de l'étude : maternité CHRU Montpellier, secteur de post partum.

2.3 Objectif principal de l'étude : évaluer la prévalence d'enfants ayant reçu un complément pendant le séjour.

2.4 Objectifs secondaires : identifier le prescripteur, les circonstances, les indications, les modalités d'administration.

2.5 But : améliorer le soutien à l'allaitement maternel à la maternité du CHRU.

2.6 Objectifs opérationnels :

- poser les bases d'une utilisation rationnelle du recours au complément de lait artificiel
- s'inscrire dans le projet «Hôpital Ami des Bébés ».

2.7 Enjeu : Réflexion sur les représentations et modification des pratiques concernant le complément par des préparations pour nourrisson.

2.8 Type d'étude : approche prospective

2.9 Modes de recueil des données : auprès des mères sous la forme d'un entretien ouvert. Cet entretien a eu lieu sur la base de la feuille de surveillance des tétées au pied du berceau. Il a porté sur les circonstances de l'apport de complément pendant leur séjour (Annexe 1). Il s'est déroulé lors de la visite pédiatrique effectuée dans le cadre habituel de l'examen de sortie de la maternité.

2.10 Population concernée : toute mère ayant donné naissance à l'issue d'une grossesse simple, à un enfant à terme eutrophique, ayant débuté un allaitement, parlant et comprenant le français. Il a été retenu un échantillon de 50 mères selon la méthodologie d'audit des pratiques (11).

2.11 Période d'évaluation : six demi-journées de visites pédiatriques réparties entre le 1^{er} décembre 2007 et le 15 février 2008 ont été nécessaires pour réaliser les 50 entretiens.

3 Résultats

3.1 Les mères

Du 1^{er} décembre 2007 au 15 février 2008, cinquante mères allaitantes ont été rencontrées.

Cinq avaient accouché par césarienne. Les césariennes avaient toutes pour indication une cause maternelle (utérus cicatriciel, herpes, agénésie cervicale...).

Vingt-sept étaient primipares, 23 étaient multipares.

Pour les multipares il n'a pas été recueilli de renseignement sur les allaitements antérieurs.

Vingt mères étaient d'origine maghrébine, 2 étaient originaires d'Afrique centrale.

L'entretien a été réalisé le jour de la sortie, entre le 5^e et le 6^e jour de vie de l'enfant pour les naissances par césarienne, entre le 3^e et le 8^e jour de vie de l'enfant pour les naissances par voie basse.

3.2 Prévalence d'enfants ayant reçu un complément

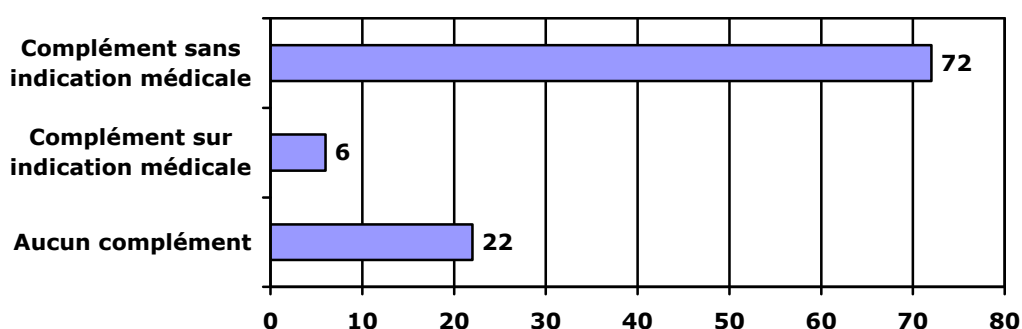


Figure 1 : prévalence du don de compléments (pourcentage sur les 50 enfants de l'étude).

Onze bébés sur 50 (22 %) n'ont jamais eu de complément pendant leur séjour en maternité. Ces bébés n'ont jamais été séparés de leur mère. Les demandes des enfants ont été totalement assumées par leur mères quel que soit le moment de la journée ou de la nuit.

Trente neuf bébés sur 50 (78 %) ont eu au moins un complément.

Dans 3 cas, ce complément a été donné sur indication médicale, ce qui représente 6 % de l'ensemble des enfants de l'échantillon, et 8 % (3/39) des enfants ayant eu un complément.

Pour un enfant, le complément était initialement une PPN puis à deux reprises du lait de lactarium d'indication médicale.

Au total, 36 enfants (72 %) ont eu des compléments de PPN sans indication médicale. Parmi ces 36 enfants, environ un tiers (13/36; 37 %) n'ont reçu ce complément qu'une seule fois.

3.3 Prescription et circonstances de l'administration de complément

La « prescription » provenait de l'équipe soignante, composée d'auxiliaires de puériculture, d'aide-soignantes, d'infirmières, de sages-femmes ou de puéricultrices.

75 % (27/36) des enfants ayant eu un complément non médicalement indiqué, l'ont eu la première nuit.

Chez trois enfants, le complément a été donné pour la première fois la deuxième nuit. Les enfants étaient restés auprès de leur mère et étaient en situation de pleurs incessants.

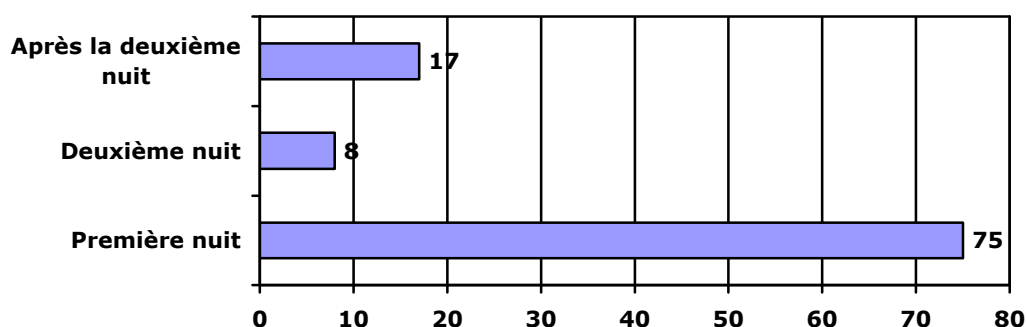


Figure 2 : répartition des enfants ayant reçu un complément sans indication médicale (pourcentage sur les 36 enfants concernés) selon le moment de leur 1^{ère} administration.

L'administration du complément la première nuit a eu lieu lors d'une séparation dans 93% ou de pleurs incessants chez deux bébés (7 %) restés auprès de leur mère.

La première nuit, environ la moitié (54%, 27/50) des bébés avaient été séparés de leur mère.

La séparation de la première nuit avait été demandée expressément par 3 mères sur les 50. Elle était proposée par le personnel pour toutes les mères venant d'accoucher. Vingt-quatre d'entre elles avaient laissé l'équipe « prendre leur enfant » et s'en occuper, les 23 autres avaient décliné cette offre.

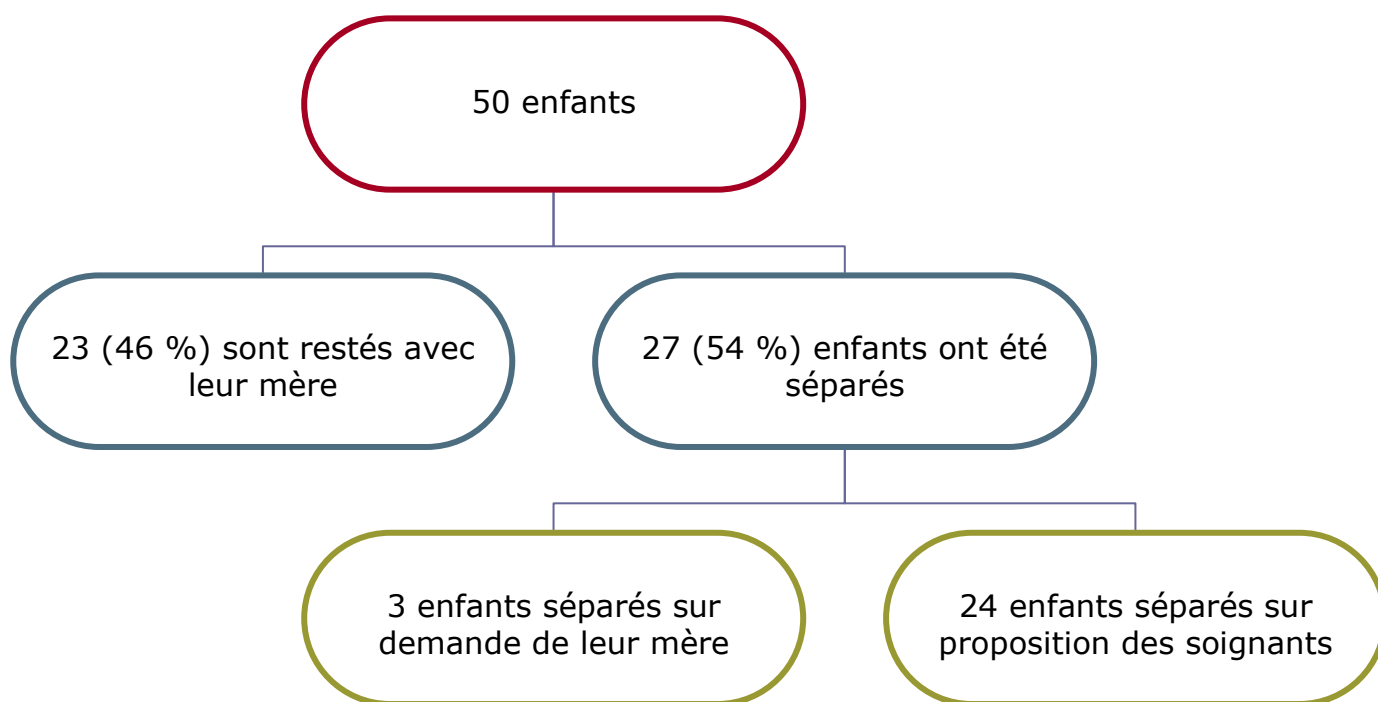


Figure 3 : répartition des enfants allaités selon la séparation d'avec leur mère la première nuit après la naissance.

Il est à souligner, que 100 % des enfants nés par césarienne, recevaient en guise de premier repas un supplément de PPN en salle de la naissance. Ceci en raison de l'absence d'organisation permettant à la mère de donner le sein en salle de réveil.

3.4 Les indications médicales de complément

Les 3 indications médicales étaient :

- Hypoglycémie le premier jour chez un enfant dont la mère a eu un diabète gestationnel ;
- Perte pondérale de 8 % mal tolérée par le bébé au troisième jour (une PPN puis deux suppléments de lait du lactarium pour décalage de montée de lait) ;
- Difficulté de succion et perte pondérale au 6^e et 7^e jour avec du lait de sa mère recueilli au tire lait. Ce qui n'est pas dans la définition stricte de complément puisque c'est du lait maternel et qui plus est du lait de sa mère qui a été utilisé.

3.5 Modalités d'administration du complément

Le complément a été donné au biberon pour 29 bébés sur 38, à la seringue chez 5 bébés sur 38 et avec un dispositif d'aide à l'allaitement¹ au doigt chez 4 bébés sur 38.

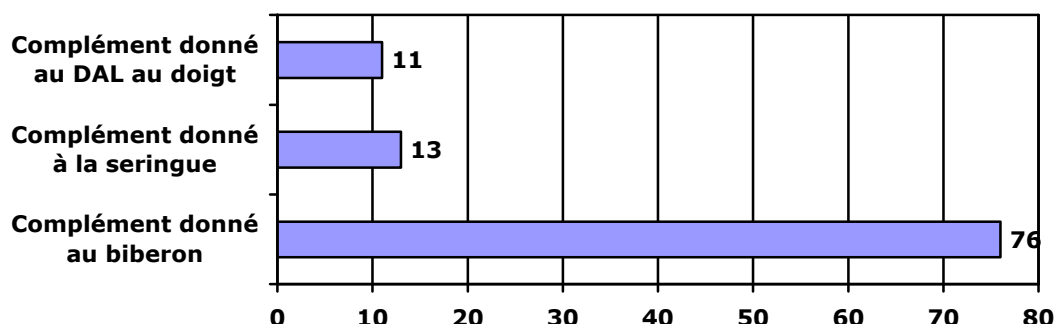


Figure 4 : répartition en pourcentage des enfants (n=38) ayant reçu un complément (indication médicale et non médicale) selon le mode d'administration du complément.

3.6 Données complémentaires : modalités d'alimentation à la sortie de la maternité parmi les mères ayant débuté un allaitement

Durant les 24 heures précédant la sortie, le taux d'allaitement exclusif était de 84 % (42/50).

Le taux d'alimentation partielle avec une majorité de repas par PPN au biberon était de 10 % (5/50). Le passage d'une alimentation initialement maternelle à une alimentation par PPN est survenu à trois reprises soit un taux de 6 % (3/50) d'échec d'allaitement.

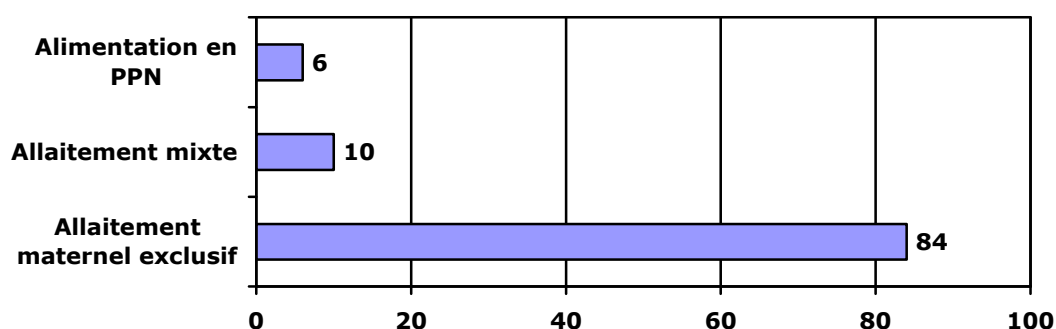


Figure 5 : répartition des enfants (n=50) selon leur alimentation au moment de la sortie du service. Toutes les mères avaient commencé l'allaitement à la naissance.

¹ Dispositif d'aide à l'allaitement (DAL) : consiste en une sonde placée le long d'un doigt que l'enfant tète (DAL au doigt) ou placée sur le sein pendant la tétée (DAL au sein). La sonde est reliée à un récipient de PPN ou de lait maternel.

Pour deux mères, le passage définitif aux PPN s'est fait dès le deuxième repas. Pour la troisième mère, il s'est fait le 5^e jour après de multiples tentatives infructueuses de tétées au sein, d'apport de PPN à l'aide de dispositif d'allaitement, ou au biberon.

3.7 Commentaires des mères

Quelques mères (6 %, 3/50) avaient spontanément rapporté leur besoin de se reposer la première nuit et en avaient donc fait spontanément la demande.

3.7.1 Différentes formes de discours de l'équipe de nuit rapportées par les mères

- « Est-ce que vous voulez qu'on le prenne ? »
- « Si vous vous sentez fatiguée on peut la prendre »
- « Voulez-vous que l'on garde votre bébé? »
- « Si vous voulez dormir tranquille, on peut le garder »
- « Juste après sa naissance il est resté en nursery, elles m'ont dit qu'elles le gardaient »
- « Elles l'ont pris pour que je puisse me reposer »

3.7.2 Réponses des mères aux propositions des équipes

Pour certaines : « j'ai dit non », « je n'ai pas voulu ».

Pour beaucoup, la fatigue a fait que la mère s'en est remise à l'équipe, sans même souvent imaginer que l'enfant aura un biberon de PPN.

- « Elles ne m'ont pas proposé de le ramener pour téter, je n'ai pas demandé »
- « J'ai dit oui, elles ne m'ont rien proposé pour la tétée »
- « J'étais fatiguée. Ils m'ont dit qu'ils le ramèneraient ou qu'il aurait un biberon »
- « Ils l'ont pris. Moi j'étais trop fatiguée. Ils ne m'ont pas proposé de le ramener pour le faire téter »
- « J'ai dit qu'il pouvait être en nursery car j'étais fatiguée. Je ne savais pas qu'il aurait un biberon »
- « J'étais fatiguée et je n'ai pas pensé à demander à le nourrir »
- « Je me suis dit qu'elles le ramèneraient pour la tétée... »

3.7.3 Vécu et réaction des mères

Certaines mères l'ont exprimé spontanément. Chez celles qui ne l'ont pas exprimé, ce vécu n'a pas été demandé systématiquement.

« Moi j'étais trop fatiguée j'ai dormi »

« Je me sentais un peu mal de le laisser car je n'avais pas dormi la veille, mais la fatigue a pris le dessus et je n'ai pas demandé à ce qu'elles le ramènent »

« Je me suis dit qu'elles fassent pour le mieux et j'ai dormi »

« En fait elles l'ont ramené à 6h. J'ai dormi toute la nuit »

« Il n'arrêtait pas de pleurer et de téter, il a tété une heure d'affilée sans être rassasié. On m'a dit "il n'y a rien dans votre sein" alors j'ai encore essayé, au bout d'une heure de plus je lui ai donné *(le complément que l'équipe avait laissé dans la chambre)*, peut être que je n'avais pas de colostrum *(elles avaient raison)*. J'en ai été malade *(de lui avoir donné)* ».

Les commentaires rajoutés entre parenthèse en italique par l'auteur permettent une meilleure compréhension du témoignage de cette mère.

4 Discussion

Il ressort de cette étude menée sur l'administration de complément en maternité au CHRU de Montpellier les résultats suivants :

- 72 % des enfants avaient reçu au moins un complément sans indication médicale
- 6 % ont eu des suppléments après indication médicale
- Les compléments étaient donnés essentiellement la première nuit (75 %) : en raison d'une séparation ou de pleurs incessants.
- Parmi les enfants qui ont reçu un complément, 1/3 environ ne l'ont reçu qu'une seule fois.
- Dans les 24 heures qui précédaient la sortie, l'allaitement était exclusif chez 42/50 bébés (84 %).

Dans la littérature, les chiffres de prévalence des compléments en maternité sont très variables allant de 28,1 % à 81 % : 28,1 % (14), 31 % (3), 40 % (7), 46,7 % (13), 55,7 % (6), 81 % (12). Nous retrouvons au CHRU de Montpellier une prévalence élevée. Il est habituellement décrit un recours au supplément, le plus souvent au cours de la deuxième nuit. Nos résultats montrent que c'est au cours de la première nuit qu'il est donné à la maternité du CHRU de Montpellier. Les mères nous ont révélé que la première nuit, le personnel leur proposait « de leur prendre » leur enfant afin qu'elles puissent se reposer. La moitié des mères acquiescaient à cette suggestion. Pour une faible part, cette séparation était d'emblée demandée par les mères.

Dans cette séparation suggérée, approuvée ou demandée, il existe une réelle attitude de sollicitude, de bienveillance envers la mère. Cependant ceci ne repose sur aucune étude scientifique. Cela reflète probablement une méconnaissance des processus physiologiques, et pourrait être sous tendu par la difficulté des équipes à accompagner la mère, à renforcer sa confiance, tout ceci en raison notamment, d'un manque de formation à l'accompagnement. Un taux de séparation la première nuit élevé, 72 % est aussi retrouvé par Branger et al (7).

La deuxième nuit à la maternité, cette séparation n'est plus systématiquement proposée. En raison de l'étroitesse de la nursery, l'équipe de nuit préfère privilégier les toutes nouvelles accouchées et ne propose pas aux accouchées du deuxième jour de garder leur bébé sauf cas particulier. De ce fait cette séparation n'est plus que de 9 % la deuxième nuit, ce qui représente un chiffre bas. Branger et al (7) décrivaient un taux encore élevé de 44 % de séparation la deuxième nuit. Il est donc fort intéressant de noter que les enfants restent avec leur mère cette deuxième nuit.

Notre étude met en évidence un très petit nombre de premier complément la deuxième nuit. Pourtant la deuxième nuit est classiquement décrite comme la plus éprouvante : « la java de la deuxième nuit ». A la maternité du CHRU, cette nuit-là, la plupart des mères « semblent donc faire face ».

Nous retrouvons dans notre étude l'administration de complément lors de difficultés de gestion des pleurs, ceci est effectivement rapporté dans la littérature. Les auteurs de l'American Breastfeeding of Medicine (10) soulignent certaines situations courantes en pratique où l'administration de complément ne devrait pas être réalisée, car il n'existe pas d'indication médicale. Ces situations sont :

- L'enfant qui, les premières 24h-48h, dort, tête moins de 8-12 fois par 24h sans signe de maladie et a perdu moins de 7 % de son poids.
- L'enfant qui a un ictère avec un taux de bilirubinémie totale < 340 micromol/l à plus de 72h de vie, s'alimente bien, a perdu moins de 7 % de son poids et a un transit bien établi.
- L'enfant agité constamment au sein pendant plusieurs heures.
- La mère fatiguée.

Ces situations extrêmement courantes mettent en difficulté les équipes. Par manque de formation à l'accompagnement, le recours au complément est la solution immédiate facile et sécuritaire.

L'OMS recommande que l'administration de complément soit une indication médicale et d'avoir eu le consentement de la mère (9).

Les indications de suppléments d'indication médicale chez l'enfant à terme sain sont limitées. Elles peuvent être relatives à la mère (hospitalisation, contre-indication temporaire, retard à la lactation à J5, chirurgie mammaire, hypoplasie mammaire,

douleur au mamelon intolérable...) ou à l'enfant (hypoglycémie, nouveau-né à risque d'hypoglycémie avec succion inefficace, perte de poids avec ictère ou déshydratation ou succion inefficace...). Notre étude révèle 3 situations médicales concernant l'enfant : une hypoglycémie, une perte pondérale de 8% mal tolérée par le bébé au troisième jour et une difficulté de succion avec perte pondérale au 6^e et 7^e jour ; l'enfant a pu bénéficier alors du lait de sa mère recueilli au tire-lait. Comme nous l'avons signalé, il ne s'agissait pas d'un complément au sens strict du terme car l'enfant a reçu du lait de sa propre mère. Néanmoins nous l'avons tout de même pris en compte car il témoigne de difficultés dans l'accompagnement de la mise en place de l'allaitement. Nos pratiques d'indications médicales de compléments sont en accord avec les recommandations actuelles.

Concernant les modalités d'administration du complément, nous relevons que le biberon a été utilisé trois quarts des cas.

Il survient dans un contexte où le personnel est en moins grand nombre, avec beaucoup de bébés à charge. L'ensemble de l'équipe n'a pas la disponibilité pour accompagner les mères avec des techniques particulières, « seringue au doigt », tasse, etc.

Si la formation du personnel était davantage axée vers l'accompagnement des mères à allaiter cette première nuit, il serait probablement possible de réduire le nombre de bébés en nursery, de permettre ainsi de disposer d'un temps plus important pour alimenter les enfants le nécessitant sans utiliser le biberon. Il serait aussi possible d'améliorer le vécu des mères et de favoriser l'établissement de l'allaitement.

Dans son rapport sur les données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, l'OMS (1999) souligne l'intérêt de la formation du personnel (9). Cette formation nécessaire fait l'objet de la deuxième recommandation: « Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique ». Une étude menée en 2003 en Suisse montrait que la formation du personnel dans le sens des 10 recommandations et l'obtention par les maternités du « label Ami des Bébés » avait permis en 10 ans d'augmenter au niveau national la durée de l'allaitement maternel exclusif passant de 34 % à 42 % à 5 mois (15). Vittoz et Labarère (16) montrent l'action positive de la formation du personnel de maternité sur la durée de l'allaitement.

L'intérêt de ce travail est d'avoir permis l'évaluation et la compréhension des pratiques relatives à l'administration du complément à la maternité du CHRU de Montpellier. Il en ressort des pistes de travail à engager avec les équipes. Les limites de ce travail existent, elles sont de trois ordres :

- Premièrement, le nombre limité d'entretiens réalisés, compte tenu du temps imparti. Néanmoins ce chiffre de 50 reste en accord avec les recommandations d'évaluation des pratiques telles que décrites par la Haute Autorité de Santé.
- Un possible biais de recrutement, bien que le nombre d'entretiens ait été en accord avec les recommandations en matière d'audit il est possible que la population sélectionnée ne soit pas totalement représentative. Néanmoins nous retrouvons environ 50 % de mères d'origine maghrébines, ce qui est le recrutement habituel de la maternité.
- Deuxièmement, la non standardisation de l'entretien maternel et l'absence d'approfondissement du vécu maternel.
- Troisièmement, l'absence de confrontation au point de vue des professionnels. Un questionnaire comportant 18 questions fermées a été réalisé de manière concomitante auprès des professionnels, cependant il s'est avéré difficile à exploiter en raison de son caractère incomplet, nous avons donc choisi de ne pas l'intégrer dans les résultats.

Les points forts, les points faibles et les sources de réflexions à mener avec l'équipe de la maternité du CHRU sont les suivants :

Points forts

- Un audit interne en 2005 révélait 80 % de complément sans indication médicale. Dans notre étude, ce chiffre était actuellement de 72 %. Cette baisse témoigne d'un net progrès dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. Les peurs de l'hypoglycémie, de la perte de poids excessive, de la déshydratation ont été jugulées grâce à un travail d'information et de formation mené au sein des unités du post partum.
- Très peu de séparations survenaient la deuxième nuit et très peu de compléments sans indication (n=3, soit 8% 3/36) étaient donnés cette deuxième nuit alors que c'est celle qui est classiquement décrite comme la plus éprouvante : « la java de la deuxième nuit ». Les mères arrivaient donc à faire face cette nuit-là.

- Un effort est fait les jours suivants pour accompagner les mères comme en témoigne le taux d'allaitement exclusif dans les 24h qui précédaient la sortie obtenu dans notre étude (84 % ; 42/50).

Points faibles

- La séparation mère enfant de 54 % la première nuit va à l'encontre de la 7^e recommandation qui préconise de « Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour ».
- 100 % des enfants nés par césarienne étaient alimentés par une PPN à la naissance.

Les pistes de travail et de réflexion devraient aborder les points suivants afin de diminuer l'administration non médicale de compléments :

- Une information des futurs parents pendant la grossesse sur le comportement habituel d'un nouveau-né.
- L'accompagnement des mères la première nuit et lors de pleurs fréquents. Renforcer la confiance des mères est essentiel dans ces situations. Ce renforcement passe par la communication, l'écoute, l'accueil des émotions de la mère, sa valorisation. Lors des journées régionales de la CoFAM, les auteurs donnent des repères pour renforcer la confiance d'une mère (17) :
« Adoptez une attitude d'écoute,
Aidez la mère à exprimer ses idées : *qu'est-ce qui vous fait dire ça ? Pourquoi ?*,
Rencontrez la mère sur ses émotions : *qu'est-ce que cela vous fait ?*,
Relevez 1 ou 2 éléments positifs dans son attitude ou dans ce qu'elle dit et dites-le lui,
Donnez-lui une ou deux informations utiles ».
- La préservation de la proximité mère enfant 24h sur 24.
- L'analyse précise de la situation qui fait porter l'indication de complément. Il est essentiel de déterminer la cause de la difficulté de prise alimentaire, du transfert de lait inadéquat (annexe 3).
- La transcription sur le dossier de l'enfant des caractéristiques et circonstances précises de l'administration du complément : indication, prescripteur, type de lait, volume, modalités d'administration, administration par la mère ou le soignant.

5 Conclusion

La 6^e recommandation de l'IHAB de « Ne donner aux nourrissons aucun aliment, aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale » est une des plus difficiles à respecter car l'administration précoce de complément sans indication médicale en maternité est une pratique relativement courante, banalisée. Son impact négatif, en favorisant la survenue du sevrage précoce, est pourtant clairement établi. Dans ce sevrage interviennent de multiples facteurs dont un est essentiel : la perte de confiance de la mère en sa capacité d'allaiter.

Chez la mère, donner le complément pour calmer les pleurs du bébé peut créer un précédent dont la mère va s'inspirer lorsqu'elle sera confrontée à cette même situation à domicile et engendrer la survenue d'une diminution de cette confiance en sa capacité à allaiter.

Il est primordial que les équipes de maternité puissent être formées à l'accompagnement des mères en peine dans leur allaitement lors des moments délicats des premiers jours. Cette formation leur permettrait de répondre aux besoins des mères comme le souligne l'OMS : « La mère a besoin d'une aide avisée au moment d'allaiter afin de prévenir ou de surmonter toute difficulté, de telle sorte que l'alimentation du nourrisson ne soit complétée pendant les premières heures de vie ou que ne lui soient données des compléments uniquement lorsqu'une raison médicale le préconise »(9).

6 Bibliographie

- 1 Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et l'UNICEF. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1989.
- 2 Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. ANAES, 2002.
- 3 Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr*. 1994 Nov;83(11):1122-6.
- 4 Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Woolley D. Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clin Pediatr (Phila)*. 1997 Jun;36(6):345-50.
- 5 Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 1999 Dec;88(12):1320-6.
- 6 Di Girolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth*. 2001 Jun;28(2):94-100.
- 7 Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Factors influencing the duration of breast feeding. A study of 150 women. *Arch Pediatr*. 1998 May;5(5):489-96.
- 8 Renfrew MJ, Woolridge MW, McGill HR. Enabling women to breastfeed. A review of practice which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice. London: The stationery Office; 2000.
- 9 OMS Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève, 1999.
- 10 Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol Number 3 : Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate. *ABM* 2002.
- 11 Une méthode d'amélioration de la qualité. Audit clinique ciblé. Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. Haute autorité de santé. 2003.
- 12 Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1991;70(3):205-9.
- 13 Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics*. 1996 May;97(5):669-75.
- 14 Faldella G, Di Comite A, Marchiani E, Govoni M, Salvioli GP. Breastfeeding duration and current neonatal feeding practices in Emilia Romagna, Italy. *Acta Paediatr Suppl*. 1999 Aug;88(430):23-6.

- 15 Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do friendly hospitals influence breastfeeding duration on national level?. Pediatrics. 2005 Nov;116(5):e702-e708.
- 16 Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of training program for maternity ward professionals on duration of breast feeding. Birth. 2004;31(4):302-7.
- 17 Courdent M, Laurent C, Marchand MC. Allaitement à la maison:quelles questions au fil du temps?. Journées régionales pour l'allaitement 2007-2008.

Annexe 1 : trame de l'entretien ouvert avec les mères

Pouvez vous me dire dans quelles circonstances votre bébé a t-il eu besoin de ce lait artificiel ?

Pourquoi a-t- il été en nursery ?

Sur l'éventuel bénéfice de la séparation la nuit, la question n'a pas été posée systématiquement, certaines mères y ont répondu spontanément.

Annexe 2 : Indications de complément en maternité chez l'enfant allaité sain (9,10)

Elles sont limitées.

Elles peuvent être relatives à la mère ou à l'enfant.

Indications relatives à la mère

- Séparation mère en raison d'une hospitalisation de la mère
- Contre indication temporaire
- Retard à la lactation à J5
- Antécédent de chirurgie mammaire
- Hypoplasie mammaire
- Douleur au mamelon intolérable

Indications relatives à l'enfant

- Hypoglycémie
- Nouveau-né à risque d'hypoglycémie avec succion inefficace
- Perte de poids > 7 % avec ictère ou déshydratation ou succion inefficace ou retard de la lactogénèse II

Annexe 3 : Proposition de conditions préalables à l'administration de complément

Avoir une indication médicale basée sur la prise en compte de l'état de l'enfant et de l'état de la mère.

- Etat de l'enfant : état général, capacité d'éveil, réactivité, éventuels facteurs de risque, pathologie (anoxie, ictère..), poids de naissance, poids actuel, cinétique de la perte de poids, jours de vie.
- Données maternelles : état des seins, état de la lactation, facteurs de risque de retard de « montée de lait », éventuelle pathologie.
- Avoir discuté et informé la mère de l'indication médicale.
- En cas d'absence d'indication médicale, noter les circonstances. Il est en effet possible qu'une mère désire, en dehors de toute indication médicale, donner un supplément. Le personnel aura au préalable donné toutes les informations à cette mère afin qu'elle puisse prendre sa décision de manière éclairée.
- Déterminer avec la mère la possibilité des différents types de lait en fonction des circonstances, de ses antécédents, du jour de vie, de sa lactation : colostrum de sa mère, lait de sa mère, préparation pour nourrisson hypo allergénique, lait de mère du lactarium.
- Déterminer avec la mère les différentes modalités possible d'administration : à la tasse, à la cuillère, à la seringue au doigt, au dispositif d'aide à l'allaitement au doigt, au dispositif d'aide à l'allaitement au sein, au biberon.
- Rapporter sur le dossier de l'enfant à chaque apport de supplément : l'indication médicale ou non, le prescripteur, la nature du lait, le volume, le mode d'administration.

Remerciements

Merci de tout coeur

Aux mères qui sont si courageuses et tellement rayonnantes lorsqu'elles surmontent leur difficultés.

Aux bébés qui essayent comme ils peuvent compte tenu des obstacles, de faire de tout leur possible.

Aux équipes qui ont à coeur d'aider les mères et font du mieux qu'elles peuvent.

A maman qui m'a allaité six mois en étant peu soutenue.

Aux formatrices du CREFAM Danièle Bruguières et le Dr Laure Marchand-Lucas pour m'avoir fait découvrir le VISA pour l'accompagnement.